

ВТОРИЧНАЯ КОРРЕКЦИЯ БЕСПЛОДИЯ И ОНКОФОБИИ ПОСЛЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ (ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ)

© С.А. Салехов

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого», Новгород

Для цитирования: Салехов С.А. Вторичная коррекция бесплодия и онкофобии после психологической интервенции (описание клинического наблюдения) // Педиатр. – 2020. – Т. 11. – № 5. – С. 91–96. <https://doi.org/10.17816/PED11591-96>

Поступила: 17.09.2020

Одобрена: 05.10.2020

Принята к печати: 23.10.2020

Описан случай эффективной однократной психологической интервенции у пациентки 23 лет с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) и прогрессирующим хроническим психологическим стрессом. Пациентка страдала онкофобией. В течение двух лет получала лечение от бесплодия, отказавшись от него в связи с безрезультатностью. Стратегия проведения консультации базировалась на принципе доминанты А.А. Ухтомского, теории функциональных систем П.К. Анохина, пирамиды потребностей А. Маслоу с учетом иерархии эмоционального напряжения и когнитивной функции в структуре психологического стресса, социальной иммобилизации и особенностей энергетического обеспечения центральной нервной системы. Был разработан алгоритм психологической консультации: 1. Под контролем психологического и физиологического состояния [калибровки нейролингвистического программирования (НЛП), верификации лжи и профайлинга] проведение провокативного воздействия для обеспечения высвобождения интенсивной эмоциональной реакции подавляемой агрессии на раздражитель (НЛП). 2. Торможение активности лимбической системы и «обнуление» эмоционального напряжения с применением «разрыва шаблона» (краткосрочное замешательство) с последующим управлением дыхания в условиях транзиторной гипоксии и перегрузкой репрезентативных систем. 3. Проведение ресурсно-релаксационного трансa (эриксоновский гипноз). 4. Постгипнотическое внушение, когнитивный анализ и встраивание новых паттернов поведения и реагирования на стресс. 5. Обучение методике «обнуления» эмоционального напряжения и реакции реагирования на внешние раздражители. В течение 3 недель после однократной консультации у пациентки исчезло эмоциональное напряжение, нормализовались отношения в профессиональной сфере (переведена на более престижную работу с небольшим увеличением зарплаты), восстановились дружеские отношения с соседкой-подругой, достигнуто взаимопонимание с родителями. При этом на фоне регрессии гипертонуса матки исчезло болезненное образование в полости таза, воспринимаемое как онкологическая патология, и наступила беременность.

Ключевые слова: психологический стресс; психотравма; эмоции; психокоррекция; онкофобия; бесплодие; гипоксия.

SECONDARY CORRECTION OF INFERTILITY AND ONCOPHOBIA BY MEANS OF PSYCHOLOGICAL INTERVENTION (CLINICAL CASE DESCRIPTION)

© S.A. Salekhov

Yaroslav-the-Wise Novgorod State University, Novgorod, Russia

For citation: Salekhov SA. Secondary correction of infertility and oncophobia by means of psychological intervention (clinical case description). *Pediatrician (St. Petersburg)*. 2020;11(5):91-96. <https://doi.org/10.17816/PED11591-96>

Received: 17.09.2020

Revised: 05.10.2020

Accepted: 23.10.2020

The analysis of psychological correction for post-traumatic stress disorder and progressive chronic psychological stress was carried out. At the same time, the strategy of the first consultation was based on the principle of A.A. Ukhtomsky, the theory of functional systems by P.K. Anokhin, A. Maslow's pyramid of needs, taking into account the hierarchy of emotional stress and cognitive function in the structure of PS, social immobilization and the characteristics of the energy supply of the central nervous system. an algorithm for psychological counseling was developed: 1. Under the control of the psychological and physiological state (NLP calibration, lie verification and profiling), a provocative effect to ensure an intense emotional reaction of suppressed aggression to a stimulus (NLP). 2. Inhibition of the activity of the limbic system and zeroing of emotional stress with the use of breaking the template (short-term confusion), followed by breathing control under conditions of transient hypoxia and overload of the representative systems. 3. Conducting resource-relaxation trance (Ericksonian hypnosis). 4. Post-hypnotic suggestion, cognitive analysis and embedding of new patterns of behavior and response to stress. 5. Teaching the method of zeroing emotional stress and reaction to external stimuli. Within 3 weeks after a single consultation, emotional stress disappeared, relations in the professional sphere normalized (transferred to a more prestigious job with a slight increase in salary), friendly relations with a neighbor-friend were restored, and mutual understanding was achieved with parents. At the same time, against the background of regression of uterine hypertonicity, the painful formation in the pelvic cavity, perceived as an oncological pathology disappeared and the woman got pregnant.

Keywords: psychological stress; psychotrauma; emotions; psychocorrection; oncophobia; infertility; hypoxia.

Эффективность психологической коррекции в условиях ограниченной возможности получения информации на фоне интенсивного хронического стресса, сопровождающегося выраженными нарушениями не только психологического, но и физиологического состояния пациента, сомнительна. Соответственно, ее проведение диктует необходимость интегративного подхода, предусматривающего применение широкого арсенала методов с использованием медико-биологического и психологического воздействия [8].

В то же время необходимо сделать акцент на некоторых основных особенностях психологического инструментария, интегративное применение которого целесообразно при проведении психологического консультирования и коррекции по поводу посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) и ситуаций, связанных с психологическим стрессом (ПС).

Реакция на стрессовую ситуацию, реально угрожающую жизни и безопасности, происходит рефлекторно в формате стратегии «борьба–бегство», требующей незамедлительной интенсивной двигательной активности [2, 9]. При этом реакция на воздействие стрессора имеет эмоциональную окраску, определяющую психологию стресса [11, 13].

В то же время, изменение условий жизнедеятельности человека, сопровождавшихся трансформацией характеристик стрессоров и их восприятия, в сочетании с ограничивающими нормами и правилами, регламентирующими социально приемлемые шаблоны поведения, привели к пересмотру не только понимания природы стресса, но и паттернов реагирования на него [16].

Следует обратить внимание на особенности стрессоров и структуру ПС [4, 6], характерного для современного образа жизни, а также и на условия реагирования на него в рамках социально приемлемого поведения [7].

Приоритетными стрессорами стали непрерывно возрастающие эмоциональная напряженность и поток информации, которые адресованы центральной нервной системе человека. Стресс, обусловленный реальной угрозой жизни и безопасности, сменился психологическим стрессом, при котором ситуация лишь *воспринимается* как угроза жизни, безопасности, благосостоянию и оценке поведения человека со стороны социума [8, 11, 13].

На этом фоне изменилась стратегия реагирования человека на воздействие психологических стрессоров, адресованных центральной нервной системе (ЦНС). При этом реакция на ПС включает использование не только рефлекторной, эмоционально окрашенной реакции «борьба–бегство», но и когнитивную обработку информации, пред-

усматривающую поиск оптимального варианта решения конкретной ситуации, с учетом дополнительных факторов, прямо или косвенно связанных с ней, анализ ближайших и долгосрочных последствий принятых решений. Такая стратегия реагирования предполагает конкурентное преимущество при воздействии психологических стрессоров.

В то же время, замедленный ответ на ПС, увеличение времени на принятие решения, основанного на выученных в транзактном периоде паттернов поведения и личного жизненного опыта, снижает эффективность реакции на предъявляемые требования. При этом когнитивно оцениваются наиболее негативные сценарии развития событий и стратегии их разрешения, направленные на минимизацию последствий собственных действий. Более того, многократное проигрывание развития ситуаций после реакции на воздействие стрессоров приводит к перегрузке ЦНС, снижению фокуса внимания, нарастанию эмоционального напряжения на фоне перехода ПС в хроническую фазу.

Соответственно, реагирование на ПС современного образа жизни смещается с рефлекса «борьба–бегство», требующего немедленного активного двигательного ответа на воздействие стрессора, в сторону совладания и подавления эмоционального напряжения, с последующим переводом на реализацию когнитивной замедленной реакции [6, 8]. Развивается конфликт иерархии эмоционального напряжения и когнитивной обработки информации с последующими принятием и реализацией решения.

Особого внимания заслуживает то, что современный образ жизни предполагает одновременное либо последовательное воздействие на человека психологических стрессоров умеренной интенсивности, касающихся различных сфер его жизни. На этом фоне происходит быстрое переключение фокуса внимания с одной проблемы на другую, без решения предыдущей, что сопровождается накоплением эмоциональной и когнитивной информации, стиранием приоритетности между воздействиями стрессоров, формированием состояния выученной беспомощности и встраиванием шизофреногенных паттернов. При этом резко возрастают энергетические затраты при реализации реакции организма на ПС.

Кроме того, реакция на ПС реализуется в условиях социальной иммобилизации, регламентирующей социально приемлемые нормы поведения, несмотря на интенсивное воздействие психологических стрессоров [7].

Стратегия проведения консультации и оказания психологической помощи при этом должна базироваться на принципе доминанты А.А. Ухтомского [10], теории функциональных систем П.К. Ано-

хина [1], пирамиды потребностей А. Маслоу [3] с учетом иерархии эмоционального напряжения и когнитивной функции в структуре ПС [6], социальной иммобилизации и особенностей энергетического обеспечения ЦНС [7].

1. Согласно принципу доминанты А.А. Ухтомского, интенсивный очаг возбуждения, возникший в ЦНС вследствие воздействия психологических стрессоров, обеспечивается кислородом и энергетическим субстратом в приоритетном порядке. При этом обеспечение ресурсами остальных отделов мозга осуществляется в условиях дефицита по остаточному принципу.

2. В ответ на воздействие стрессора было необходимо переключить фокус внимания и сформировать функциональную систему, основной задачей которой было бы достижение конечного полезного результата, который в контексте данной консультации представлял собой снижение эмоционального напряжения и переключение приоритета на когнитивную обработку и оценку ситуации.

3. В пирамиде потребностей А. Маслоу выделяют первичные (обеспечение жизнедеятельности и безопасность) и вторичные (социальные) потребности. Приоритетными являются первичные потребности, располагающиеся на 1-й и 2-й ступенях. Возникающая в ответ на психологическое воздействие тревожность, сопровождающаяся интенсивной эмоциональной реакцией, которая реализуется в формате «борьба–бегство», воспринимается как угроза безопасности и располагается на 2-й ступени пирамиды А. Маслоу. При этом развивающиеся на фоне нарастания эмоционального напряжения нарушения сна и снижение аппетита относятся к 1-й ступени, отражающей обеспечение жизнедеятельности. То есть при проведении психологической консультации приоритетным является коррекция эмоционального состояния.

4. Социальная иммобилизация (обездвиживание), предписывающая следование социально одобряемым паттернам поведения, направлена на подавление реакции «борьба–бегство», что создает предпосылки для нарушения физиологического состояния и развития психосоматической патологии.

5. Для эффективного энергетического обеспечения ЦНС необходимы глюкоза и кислород, которые поступают в нейроны из крови, поскольку внутриклеточные запасы глюкозы минимальны. Для запуска аэробного катаболизма 1 молекулы глюкозы расходуется 2 молекулы АТФ (аденозин-трифосфата), но затем синтезируется 38 молекул АТФ. В отличие от этого при анаэробном катаболизме глюкозы при стартовом расходе 2 молекул АТФ затем синтезируется 4. То есть энергетическая ценность аэробного катаболизма в 18 раз превосходит эф-

фективность анаэробного, что имеет значение для регуляции процессов возбуждения и торможения в ЦНС. Так, управляемая транзиторная гипоксия позволяет снизить содержание кислорода в крови, что приведет к торможению доминантного очага возбуждения в лимбической системе, ретикулярной формации и амигдале. Следствием этого будет снижение эмоционального напряжения.

В соответствии с принципом доминанты А.А. Ухтомского появление приоритетного очага возбуждения в ЦНС будет в первую очередь обеспечиваться кислородом и энергетическим субстратом за счет перераспределения кровообращения, с увеличением объема кровотока в активно функционирующих отделах головного мозга. При этом приоритетный очаг возбуждения при одновременном или последовательном воздействии психологических стрессоров будет формироваться в лимбической системе, отвечающей за эмоциональную реакцию на раздражитель. В это время резко снижается эффективность когнитивной функции

В то же время, функциональная система, сформировавшаяся в ответ на воздействие первого психологического стрессора, ввиду его умеренной интенсивности не успевает обеспечить достижение конечного полезного результата, когда перманентно начинают присоединяться один или несколько новых дополнительных психологических стрессоров. При этом на фоне нарастающего возбуждения в лимбической системе поступление и когнитивная обработка входящей информации резко снижается, но нарастает интенсивность эмоционального напряжения.

Соответственно, в условиях постоянно увеличивающегося количества и суммарной интенсивности воздействия психологических стрессоров конечным полезным результатом становится не разрешение конкретной конфликтной ситуации, а поддержание готовности к реакции в формате «борьба–бегство» на любое воздействие вне зависимости от его угрозы базовым первичным потребностям 1-й и 2-й ступени пирамиды А. Маслоу.

В то же время, развивается нарушение баланса между реализацией стратегии «борьба–бегство», сопровождающейся выраженной моторной активностью и социальной иммобилизацией, предписывающей соблюдение социально приемлемых норм поведения, что приводит к увеличению конфликтных ситуаций при сохраняющемся частичном подавлении двигательной агрессии.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

За психологической помощью обратилась пациентка Д., 23 года, не замужем; проживает в съемной квартире вместе с подругой; состоит в близких от-

ношениях с молодым человеком. Получено письменное информированное согласие на проведение психологического интервью и проведение коррекции психологического состояния с применением провокативного подхода, психофизиологической коррекции эмоционального состояния, нейролингвистического программирования и эриксоновского гипноза [6, 8, 14, 15], а также подписано двухстороннее соглашение о неразглашении личных данных.

Во время интервью установлено:

1. Перманентное воздействие хронического психологического стресса с выраженным нарушением психологического состояния, проявляющегося высокой тревожностью, повышенной утомляемостью, снижением концентрации внимания, психоэмоциональной лабильностью (смена истерической и умеренной агрессивной реакции на любые задаваемые стандартные вопросы), высокая конфликтность во всех сферах жизни. Конфликты: в профессиональной деятельности с коллегами и руководством; в условиях проживания и быта с подругой; с родителями — детско-родительские отношения; в личной жизни с партнером.

2. При общении: эпизоды возрастной регрессии, с обвинением окружающих в своих проблемах, отказ конкретизировать и интерпретировать существующие конфликтные проблемные ситуации.

3. Физиологические реакции на фоне безадресной тревожности в виде нарушения сна и пищевого поведения (снижение аппетита), приступы тахикардии после конфликтных ситуаций. Во время интервью отмечалось напряжение мышц воротниковой зоны, скованность жестов, с быстрой реакцией на сторонние раздражители (внешние звуки, движения собеседника), закрытые позы; гипертонус мимических мышц, с характерным проявлением эмоций страха, гнева и презрения по шкале специальной кодировки AU в системе кодирования лицевой мимики [Facial Action Coding System (F.A.C.S.), разработанная Полом Экманом, Уоллесом Фризенем и Ричардом Дэвидсоном в 1978 г.].

4. Получение достоверной и детальной информации было затруднено нежеланием пациентки предоставлять конкретные сведения о психологических проблемах с окружающими людьми, ограничение возможности установить полноценный раппорт и трансляция ложной информации (комплексная оценка изменения вегетативных реакций, увеличение количества жестов-манипуляторов, точка ориентировочного замирания, дискоординация жестикуляции, мимики и речи, лингвистические и невербальные утечки: упущение, искажение и опущение информации, динамика жестов ног в ответ на конкретные вопросы).

Необходимо отметить, что косвенная информация свидетельствовала о психологической травме в подростковом возрасте. Кроме того, 3 года назад был поставлен диагноз бесплодия, по поводу которого проходила лечение в течение 2 лет, а в течение последнего года отказалась от его продолжения, мотивируя отказ неэффективностью проводимых процедур.

Исходя из сочетания нарушений психологического и физиологического состояния — высокая возбудимость и интенсивное эмоциональное напряжение в ответ на внешние раздражители, характерные для возрастной регрессии, реакции на них в формате «борьба–бегство» с низкой когнитивной оценкой разнообразных стрессовых ситуаций [4, 5], была разработана программа последовательной коррекции психологического состояния.

Основной акцент при проведении консультации был сделан на обеспечение интенсивного эмоционального реагирования с последующим «обнулением» активности лимбической системы, ее торможения. После чего было целесообразно проведение психологической коррекции для переключения приоритета на реализацию когнитивной функции.

Исходя из этого, был разработан алгоритм психологической консультации:

1. Под контролем психологического и физиологического состояния (калибровки НЛП, верификации лжи и профайлинга) проведение провокативного воздействия для обеспечения интенсивной эмоциональной реакции подавляемой агрессии на раздражитель (НЛП).

2. Торможение активности лимбической системы и «обнуление» эмоционального напряжения с применением разрыва шаблона (краткосрочное замешательство) с последующим управлением дыхания в условиях транзиторной гипоксии и перегрузки репрезентативных систем [5, 12].

3. Проведение ресурсно-релаксационного транса (эриксоновский гипноз).

4. Постгипнотическое внушение, когнитивный анализ и встраивание новых паттернов поведения и реагирования на стресс.

5. Обучение методике «обнуления» эмоционального напряжения и реакции реагирования на внешние раздражители.

После проведения психологической коррекции отмечались нормализация эмоционального состояния, улучшение настроения, установление полноценного раппорта, расслабление мимических мышц и воротниковой зоны, жесты стали плавными, исчезла реакция на внешние посторонние раздражители, дыхание стало спокойным, глубоким, ритмичным. Получен доступ к некоторым аспектам

личной информации, появилась адекватная реакция на юмор. Получено согласие пациентки на анализ дополнительной информации и расширенное интервью во время следующей консультации.

В дальнейшем, по телефону было принято решение провести повторную консультацию на более позднее время, через 2–3 недели.

По инициативе пациентки Д. повторная консультация состоялась через 3 недели. За время, прошедшее после коррекции, исчезло эмоциональное напряжение, нормализовались отношения в профессиональной сфере (переведена на более престижную работу с небольшим увеличением зарплаты), восстановились дружеские отношения с подругой-соседкой, достигнуто взаимопонимание с родителями.

Интегративная интерпретация и анализ полученной во время дальнейшей беседы информации представляет особый интерес.

Одной из причин «полной закрытости» во время первой консультации были следующие обстоятельства:

1. В 17 лет Д. подверглась групповому изнасилованию под угрозой оружия. Об этом событии она никому не рассказывала. После она стала воспринимать всех мужчин как угрозу и попытки построить отношения по ее инициативе заканчивались ссорой и разрывом.

2. Около года назад в полости таза появилось ощущение болезненного инородного тела, а интенсивность болей возрастала при физической нагрузке и дефекации. При самостоятельно проведенном ректальном исследовании обнаружила плотное болезненное образование, которое расценила как онкологическую патологию. Информацию скрыла от родителей и окружающих, приняла решение прекратить дальнейшее лечение бесплодия, отказалась от посещения врачей и дополнительного обследования.

Во время проведения провокативного воздействия пациентка повторно пережила психотравму, отождествляя консультанта с насильниками, проявила интенсивную агрессию в его адрес. После психологической коррекции реакция на мужчин как на угрозу исчезла, по ее мнению, стали возможны нормальные отношения.

На фоне «обнуления» эмоций, во время релаксационно-ресурсного транса при «установке о восходящей релаксации наружных мышц и внутренних органов» почувствовала, что образование в полости таза исчезло. Дома при ректальном исследовании образование — источник онкофобии — не определялось.

Проведя интегративный анализ дополнительных эффектов после психологического консультирования автор склонен объяснить наличие плотного образования в полости таза, ранее расцененного паци-

енткой как онкологическая патология, как находившуюся в интенсивном гипертонусе матку. В пользу этого свидетельствует исчезновение образования после релаксационного транса, что было расценено как расслабление и нормализация тонуса матки.

Причинами гипертонуса матки были психотравма, связанная с изнасилованием, в сочетании с прогрессивно нарастающим хроническим психологическим стрессом, которые взаимно усугубляли друг друга. В то же время, гипертонус матки играл ведущую роль в патогенезе бесплодия, что подтверждалось не только отсутствием беременности при активной регулярной половой жизни, но и неэффективностью проводимого в течение 2 лет лечения.

В течение перерыва между консультациями у пациентки Д. установились доверительные отношения с партнером, наступила беременность, подтвержденная при проведении ультразвукового исследования.

Следует отметить, что вряд ли можно рекомендовать подобный подход для широкого применения без соответствующей квалификации консультанта в области психофизиологии, клинической психологии и патофизиологии, владеющего широким арсеналом различных психологических и физиологических методик, способного сохранять и демонстрировать полное спокойствие и уверенность в экстремальных ситуациях и быстро реагировать на ее изменение.

Обязательным условием при работе с ПТСР и ПС должно быть проведение психологической коррекции без ограничений по времени, до достижения положительного результата.

Таким образом, интегративный подход с использованием психологических и психофизиологических методик, в сочетании с использованием управления функцией дыхания с моделированием транзитной гипоксии и функциональной перегрузкой репрезентативных систем для торможения активности лимбической системы обеспечил не только положительный психологический эффект, но и патогенетически обоснованную коррекцию онкофобии и бесплодия как побочного эффекта при проведении психологической сессии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анохин П.К. Функциональная система как методологический принцип биологического и физиологического исследования. В кн.: Системная организация физиологических функций. – М., 1968. – С. 5–7. [Anokhin PK. Funktsionalnaya sistema kak metodologicheskii printsip biologicheskogo i fiziologicheskogo issledovaniya. In: Systemic organization of physiological functions. Moscow; 1968. P. 5-7. (In Russ.)]

2. Гринберг Дж. С. Управление стрессом. 7-е изд. – СПб.: Питер, 2002. – 496 с. [Grinberg Dzh. S. Upravleniye stressom. 7th ed. Saint Petersburg: Peter; 2002. 496 p. (In Russ.)]
3. Маслоу А. Г. Дальние пределы человеческой психики / Перев. с англ. А.М. Татлыбаевой. – СПб.: Евразия, 1999. – 432 с. [Maslou A.G. Far limits of the human psyche. Transl. from English A.M. Tatlybaeva. – Saint Petersburg: Eurasia; 1999. 432 p. (In Russ.)]
4. Салехов С.А., Мартьянова Л.М., Максимюк Н.Н., и др. Психофизиологические особенности возрастной регрессии и ее зависимость от интенсивности психологического стресса // Вестник Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого. – 2017. – № 8 (106). – С. 113–116. [Salekhov SA, Mart'yanova LM, Maksimyuk NN, et al. Psychophysiological peculiarities of age regression and its dependence on intensity of psychological stress. *Vestnik NovSU*. 2017;(8):113-116. (In Russ.)]
5. Салехов С.А. Корабельникова И.А., Ларионова Т.И. Репорт: дыхание – ключ к состоянию (подстройка–синхронизация–управление). – Великий Новгород; Алматы: Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, 2014. – 114 с. [Salekhov SA, Korabelnikova IA, Larionova TI. Report: dykhaniye – klyuch k sostoyaniyu (podstroyka–sinkhronizatsiya–upravleniye). Velikiy Novgorod; Almaty, Novgorodskiy gosudarstvennyy universitet imeni Yaroslava Mudrogo; 2014. 114 p. (In Russ.)]
6. Салехов С.А., Барикова А.Р., Яблочкина Е.С. Приоритетное влияние эмоционального стрессора на развитие ситуативной психосоматической реакции организма // International journal of medicine and psychology. – 2019. – Т. 2. – № 4. – С. 189–193. [Salekhov SA, Barikova AR, Yablochkina ES. Priority impact of emotional stressor on the development of the situative psychosomatic reaction of the organism. *International journal of medicine and psychology*. 2019;2(4):189-193. (In Russ.)]
7. Салехов С.А., Барикова А.Р., Яблочкина Е.С. Роль психологического стресса, его энергетического обеспечения и социальной иммобилизации в развитии психосоматики (интегративный подход) // Антология российской психотерапии и психологии. Вып. 7. Международный конгресс: «Психотерапия, психология, психиатрия – на страже душевного здоровья!», Санкт-Петербург, 22–24 марта 2019 года – 2019. – С. 161. [Salekhov SA, Barikova AR, Yablochkina ES. The role of psychological stress, its energy supply and social immobilization in the development of psychosomatics (integrative approach) // *Anthology of Russian psychotherapy and psychology*. Issue 7. International Congress, Saint Petersburg, March 22–24, 2019, p. 161. (In Russ.)]
8. Сланбекова Г.К., Жанкалова З.М., Лысенко Е.М., и др. Эффективность психокоррекции у студентов 1-го курса медицинского колледжа перед экзаменами // International Journal of Medicine and Psychology. – 2020. – Т. 3. – № 2. – С. 63–68. [Slanbekova GK, Zhankalova ZM, Lysenko EM, et al. Efficiency of psychocorrection in 1st year students of the medical college before exams. *International Journal of Medicine and Psychology*. 2020;3(2):63–68. (In Russ.)]
9. Судаков К.В., Умрюхин П.Е. Системные основы эмоционального стресса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 112 с. [Sudakov KV, Umryukhin PE. Sistemnyye osnovy emotsionalnogo stressa. Moscow: GEOTAR-Media. 2010. 112 p. (In Russ.)]
10. Ухтомский А.А. Доминанта как рабочий принцип нервных центров // Русский физиологический журнал. – 1923. – Т. VI. – № 1–3. – С. 31–45. [Ukhtomskiy AA. Dominanta kak rabochiy printsip nervnykh tsevtrov. *Russk. fiziol. zhurn*. 1923; VI(1-3):31-45. (In Russ.)]
11. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции. 2-е изд. – СПб.: Питер, 2012. – 256 с. [Shcherbatykh YuV. Psihologiya stressa i metody korrektsii. 2-e izd. Saint Petersburg, Piter; 2012. 256 p. (In Russ.)]
12. Chambers R, Gullone E, Allen NB. Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clin Psychol Rev*. 2009;29(6):560-572. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.06.005>.
13. Salekhov SA, Gordeev MN, Salekhova YS, Korabelnikova IA. Influence of emotional and informational factors in implementation of coping strategies in psychological stress. *Theoretical & Applied Science*. 2015;(11): 147-154. <http://doi.org/10.15863/TAS.2015.11.31.24>.
14. Tang Y-Y, Hölzel BK, Posner MI. The neuroscience of mindfulness meditation. *Nat Rev Neurosci*. 2015;16(4):213-225. <http://doi.org/10.1038/nrn3916>.
15. Trost SE, Buzzella BA, Bennett SM, Ehrenreich JT. Emotion regulation in youth with emotional disorders: implications for a unified treatment approach. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2009;12(3):234-254. <http://doi.org/10.1007/s10567-009-0043-6>.
16. Wakasugi M, Kazama JJ, Yamamoto S, et al. A combination of healthy lifestyle factors is associated with a decreased incidence of chronic kidney disease: a population-based cohort study. *Hypertens Res*. 2013;36(4):328-333. <http://doi.org/10.1038/hr.2012.186>.

◆ Информация об авторе

Саид Абдуллаевич Салехов – д-р мед. наук, профессор кафедры общей патологии Института медицинского образования. ФГБОУ ВО «Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого», Новгород. E-mail: ssalehov@mail.ru.

◆ Information about the author

Said A. Salekhov – MD, PhD, Dr. Sci. (Med.), Professor of the Department of General Pathology of the Institute of Medical Education. Yaroslav-the-Wise Novgorod State University, Novgorod, Russia. E-mail: ssalehov@mail.ru.